

# La Reeduación Postural Global ante las lesiones articulares

PH. -E. SOUCHARD

## EFFECTO DE AMPLIFICACION

Un modelo permite él solo, hacer comprender el conjunto de los problemas músculo-esqueléticos de carácter macroscópico (hipercifosis, hiperlordosis, escoliosis, genu varum o valgum, ...etc). Cada uno de nuestros músculos tienen varias fisiologías (Fig. 1 A,B,C), la retracción de uno de ellos origina una desviación en latero-flexión (Fig. 2 A) y en rotación (Fig. 2 B). Esta torsión estira a su antagonista complementario hasta su punto de rigidez. La suma de las dos tensiones hace entonces aparecer un exceso de coaptación general de la articulación y una desviación suplementaria en la fisiología común de los dos músculos antagonistas complementarios (si poseen localmente una), (Fig. 2 C).

Ante esta situación, el único tratamiento lógico es el siguiente:

- 1- Decoaptación general.
- 2- Corrección suave y progresiva del hueso desviado, lo que estira pasivamente el músculo retraído (músculo vencedor).
- 3- Contracción cualitativa isotónica excéntrica del músculo retraído, lo que provoca un reflejo miotático inverso disminuyendo su tono y aumentando el alargamiento del tejido conjuntivo.
- 4- Mantenimiento de la corrección por el músculo estirado (músculo vencido) sin permitir la recoaptación articular.

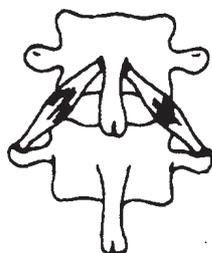


Fig. 1A

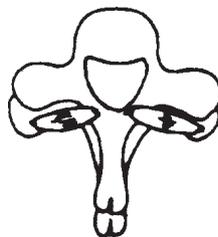


Fig. 1B



Fig.1C

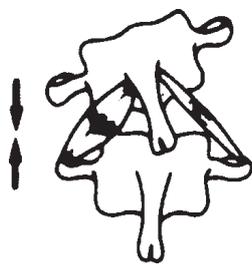


Fig. 2A



Fig. 2B



Fig. 2C

La corrección se considera lograda puesto que no necesita ya de la menor contracción muscular para mantenerla. Sobre el reemplazamiento del hueso desviado, los diferentes músculos que se insertan en él y que estaban adaptados a esta posición, se encuentran estirados en general y compensan en sus otros extremos.

Estas nuevas desviaciones, obligan a recomenzar más lejos las cuatro fases de corrección que hemos visto. Es así como ponemos progresivamente en tensión el conjunto de una cadena muscular.

Las reglas fisiopatológicas que rigen la lesión articular difieren muy poco de la alteración morfológica de la que acabamos de describir los parámetros.

Volvemos a encontrar músculo vencedor y músculo vencido, exceso de coaptación articular, desviación en torsión y perturbación de los otros músculos que se insertan en el hueso desviado lo que origina compensaciones a distancia. Pero las lesiones tienen, entre otras, dos particularidades:

1- La modificación del eje articular fisiológico origina una micro-restricción de movilidad en ciertas direcciones, comúnmente llamadas bloqueo articular.

2- El dolor por contractura muscular e inflamación de los tejidos periféricos de la articulación.

Esta especificidad de las lesiones articulares no modifica fundamentalmente el cuadro patológico de las figuras 1 y 2, pero agravan los diferentes aspectos. La contractura muscular aparece en particular como la mejor y peor de las cosas. Impide que la desviación articular vaya más lejos, pero impide igualmente la recolocación natural. Ante esta situación el RPGista actúa desde el principio con la

idea de ser más suave y progresivo que de ordinario. Su segunda preocupación es la de aumentar progresivamente la tracción axial sobre las cadenas musculares, partes concernientes en esta patología. Esta tentativa general «de aspiración articular» origina entonces la revelación del punto de origen exacto de la lesión y una amplificación espectacular de la torsión lesional. Porque no solamente la articulación en lesión no puede decoaptarse a nivel del punto de bloqueo, sino sobre todo porque la actitud antálgica que toma el paciente inmediatamente, da la dirección de los movimientos posibles aún. Una simple deducción al revés permite conocer el sentido de la restricción de la movilidad, por lo tanto el tipo de corrección a efectuar.

## **CORRECCIONES**

### **TENSION REVELATRIZ**

Hemos visto que la puesta en tensión global revela el asiento de la lesión articular y el sentido de su macro-restricción de movilidad. El efecto de multiplicación de la tensión permite un diagnóstico visual que podemos completar por la palpación y por un test de la micro-movilidad. Podemos entonces pasar a la fase de corrección.

### **LESIONES DE PRIMER NIVEL (llamadas musculares)**

En este tipo de lesiones, la contractura muscular es predominante y el paciente se siente aliviado durante la corrección. Cuando una sesión de R.P.G. bien conducida, el terapeuta cuida siempre decoaptación articular, y esto, principalmente a nivel de la articulación lesionada. (En caso de problemas articulares, son preferibles las posturas en decúbito). Decimos además que los músculos más rígidos «fluyen» los primeros. Un realineamiento progresivo en buena posición, con tracción axial y decoaptación permite por lo tanto relajar la contractura muscular y liberar la articulación. La puesta en tensión global permite identificar y corregir las diferentes compensaciones que toman parte en esta patología articular.

En este tipo de problemas, el proceso a aplicar es por lo tanto el de nuestra R.P.G. general. Solo la elección de la postura más adapta-

da y la vigilancia de la mayor decoaptación de la articulación dolorosa son lo específico.

### **LESIONES DE SEGUNDO NIVEL (llamadas articulares)**

En este caso, además de la contractura muscular, existe una mala posición de los segmentos óseos que origina una modificación del eje articular fisiológico. La micro-restricción de movilidad no es ya únicamente debida al aumento de la tensión de los tejidos periféricos, sino a lo que comúnmente llamamos un «bloqueo» articular.

En este caso, el dolor del paciente se exagera con la tracción. En efecto, el pivot que se ha creado en el punto del «bloqueo» origina un aumento de la torsión durante la tentativa de decoaptación. Este mecanismo que está cercano al «efecto multiplicador» del cual ya hemos hablado no puede ceder con un simple realineamiento con tracción axial, necesita una «detorsión apropiada».

Pero la puesta en tensión que ha permitido identificar el nivel y el sentido de la lesión se vuelven un obstáculo a su corrección. Mientras estamos en tensión global, el estiramiento de los músculos más allá de su punto de rigidez tiende en efecto a aumentar provisionalmente la compresión de las articulaciones que sostienen. Cuando hemos hecho nuestro diagnóstico, conviene por lo tanto relajar suficientemente esta tensión a nivel de la articulación en lesión, para permitir la decoaptación y el comienzo de su detorsión. Sólo progresivamente podremos volver a llegar a nuestra tracción global sin permitir ni la recoaptación, ni el «reatornillado» en lesión de la articulación dolorosa. Es en este momento cuando interviene la sensibilidad y la manualidad del terapeuta. Es en efecto peligroso el relajar demasiado la puesta en tensión que nos ha permitido hacer salir al problema, ya que la globalidad obliga, y será necesario retomarla para el ajuste definitivo.

Todo se vuelve por lo tanto una cuestión de dosificación, y esto es lo que crea el interés y la belleza de nuestro método.

